

# LA ESCUCHA TERAPÉUTICA



Por: M.L. Esteban Piedra Matamoros  
Dr. Gustavo Sáenz García

**A**ctualmente, las ciencias, especialmente las cognitivas, continúan trabajando en la comprensión de la conducta humana. Con ese fin, se estructura su comprensión en diferentes áreas relativamente separadas entre sí, por ejemplo: habilidades motoras, pensamiento abstracto matemático, capacidad de adquisición de lenguaje, aprendizaje de procesos, entre otras. Una de las conclusiones más relevantes de la psicología moderna es que gran parte de la conducta humana está gobernada por la estructuración y comprensión de reglas. Específicamente en cuanto a los procesos de comprensión y expresión del lenguaje humano, se afirma que estas funciones se realizan en una determinada zona del cerebro ubicada en el hemisferio izquierdo del sistema nervioso central (región perisilviana, áreas de Wernicke y Broca respectivamente).

De acuerdo con lo propuesto por el lingüista norteamericano Noam Chomsky (1957), las reglas para explicar este aspecto de la conducta humana muchas veces van más allá de las capacidades de la teoría. Uno de los puntos fundamentales de la teoría chomskiana es el concepto de gramática universal como una propiedad innata de los seres humanos. En su texto Estructuras sintácticas (1957), se hace referencia a que todos los lenguajes humanos comparten una estructura subyacente profunda que está relacionada biológicamente con la genética humana y su capacidad de aprender y de interpretar lenguas. En otras palabras, el número de oraciones diferentes en una lengua es infinito, pero el número de formas (sintaxis) en las cuales este conjunto infinito de significados es representado es altamente restringido, o sea, por más complejas y diversas que sean las combinaciones lingüísticas usadas en la interacción humana, si son gramaticales pueden ser explicadas por un conjunto de reglas.

De esta forma, se afirma que un lenguaje no es la totalidad de palabras, combinaciones de palabras u oraciones simples o complejas que las personas pueden formular en un idioma, más bien es un sistema mental de reglas para producir oraciones aceptables

y detectar naturalmente las no gramaticales. Manifestar que el lenguaje se describe por un conjunto de reglas no quiere decir que ese comportamiento esté determinado o sea predecible. De acuerdo con Okrent (2009): *“De la exposición limitada y finita que obtenemos al aprender nuestra lengua materna, de alguna manera adquirimos un sistema ilimitado e infinitamente productivo de reglas”*<sup>1</sup>

Durante muchos años, los especialistas en neurociencias, lingüística y psicología han estudiado la relación entre el lenguaje y lo que nosotros como sujetos percibimos e interpretamos de la realidad. Una pregunta fundamental en esta línea es comprender el papel de las palabras y cómo calan en la elaboración subjetiva de la comprensión del mundo. Existe una clara diferencia entre nuestra realidad inmediata y la forma de utilizar los vocablos para interpretar y entender esa realidad. Cada sujeto, a partir de su propia subjetividad, genera sus patrones de conducta. Nuestra percepción de la realidad pasa por un filtro hecho por nuestras experiencias, la historia personal y vivencias de cada individuo. Parafraseando a Aristóteles en Concepción racionalista del lenguaje, citado en León Gómez (1983), las palabras habladas son los símbolos de la experiencia mental y las palabras escritas son los símbolos de las palabras habladas (pág. 1).

En esta misma línea de pensamiento, la tesis de los lingüistas Sapir-Whorf afirma que las personas observan e interpretan el mundo de acuerdo con lo establecido en sus lenguas maternas. En otras palabras, existe una relación muy estrecha entre las categorías gramaticales del lenguaje que una persona habla y la forma en que esa persona conceptualiza el mundo. Este principio se conoce como Relatividad Lingüística. Las interpretaciones de este principio se pueden resumir en dos versiones: una radical y una débil. Según Deutscher (2010): *“La versión radical propone que la estructura de nuestra lengua determina la manera en que percibimos el mundo. La versión débil de la afirmación supone que la estructura de una lengua solo afecta a la visión de mundo adoptada por los hablantes de la lengua hablada”* (p. 55).



En otras palabras, la visión del mundo es un fenómeno discursivo que tiene que ver con los alcances y limitaciones que impone el mismo lenguaje por medio de su estructuración. Por lo tanto, no existe una visión de mundo objetiva y unificada; cada sujeto la configura de acuerdo con su contexto, vivencias y experiencias discursivas a las que ha sido expuesto, mismas que han servido de base para configurar su realidad discursiva.

De acuerdo con lo anterior, y específicamente desde el ámbito de la Programación Neurolingüística, los autores Bandler y Grinder (1975) afirman que es posible demostrar que el modelo que cada sujeto crea para generar su conducta y percepción de la realidad se diferencia sustancialmente de la realidad por medio de tres limitantes, a saber: las neurológicas, sociales e individuales. Se entiende por limitantes neurológicas todo lo que se escapa a lo perceptible por medio de los sentidos. En palabras de los autores: *“Nuestro sistema nervioso, inicialmente determinado en forma genética, constituye el primer conjunto de filtros para distinguir el mundo (territorio) de nuestra representación del mundo”* (p. 25).



Las limitantes sociales apoyan la teoría de la mente no confinada. El cerebro y el sistema nervioso tienen la capacidad de funcionar como sistema reductor para no percibirlo todo, con el fin de protegernos de lo abrumador que podría resultar tener acceso a la información universal. Huxley, citado por Bandler y Grinder (1975), menciona: *“Cada individuo es a la vez beneficiario y víctima de la tradición lingüística dentro de la cual ha nacido; beneficiario, en la medida que su lengua le brinda acceso a los registros acumulados de las experiencias de otras personas y víctima en la medida que su lengua le confirma que su conciencia con límites es la única conciencia, de modo que está demasiado bien dispuesto a considerar sus conceptos como si fueran hechos reales, y sus palabras como si fueran reales”* (p. 26).

Las limitantes individuales son las representaciones mentales

que los sujetos realizan basados en su experiencia personal, partiendo como premisa que ninguna historia individual es idéntica a otra. En este sentido, la conducta humana solo puede ser entendida si se contemplan el modelo y las limitaciones que ha estructurado el sujeto en su interpretación subjetiva de los fenómenos. De acuerdo con lo expresado por Bandler y Grinder (1975): *La paradoja más extensiva a la condición humana es que los procesos que nos habilitan para manipular símbolos –es decir, para crear modelos– y que nos permiten sobrevivir, crecer, cambiar y disfrutar, son los mismos que nos permiten tener un modelo empobrecido del mundo”* (p. 31).

De conformidad con lo anterior, se puede afirmar que una experiencia nunca será idéntica para dos sujetos diferentes debido a la interpretación subjetiva que cada uno forma de tal evento, que está estructurada por la visión de mundo e historia de vida de cada individuo. En otras palabras, ante un mismo desafío, dos personas pueden actuar de una manera muy diversa, dependiendo del grado de limitaciones que intervengan en el proceso de entendimiento. Por ejemplo, en el ámbito de las ciencias de la salud, específicamente en la relación profesional-paciente, un mismo diagnóstico en principio negativo a dos pacientes, podría hacer que uno de ellos de forma asertiva vea una posibilidad de cura o rehabilitación y en otro sea un aviso fatalista sin posibilidad de acción.

Con respecto al ejercicio profesional en el campo de las ciencias de la salud, surge la necesidad en tiempos modernos de regular la relación profesional-paciente, producto del establecimiento de los Derechos Humanos en el año 1948. Es fundamental para el progreso terapéutico que ambas partes conozcan sus derechos y obligaciones, y además acepten las consideraciones en cuanto a lo que implica el proceso comunicativo y las acepciones de lo que puede considerarse válido o verdadero. Se parte del hecho que el proceso comunicativo puede tornarse confuso o ambiguo.

Este pragmatismo del lenguaje podría posibilitar que alguna de las dos partes (profesional-paciente) caiga en el error de no comprender lo enunciado, o de no enviar la información en forma comprensible; en cualquiera de los dos casos por una infinidad de aspectos que podrían alterar la comunicación ideal. En ese sentido, la mayoría de errores en el proceso comunicativo tienen que ver con una confusión entre la realidad y la interpretación que se haga de esa realidad. Según Tena Tamayo (2005): *“El médico y el paciente pueden tratar de expresar de manera veraz su percepción de los hechos e inadvertidamente caer en una falacia. El hecho de expresar una opinión no garantiza que la mente esté libre de error o que se esté en posesión de la verdad”*





(p. VIII). Por esa razón, es imprescindible que el profesional en el campo de la salud trate de contemplar en una entrevista preliminar las fortalezas o debilidades en la construcción del modelo de la realidad que tiene el paciente.

Ciertos patrones mentales favorecen la confusión o tergiversación entre la realidad y el modelo que cada sujeto hace de la realidad; estos mecanismos podrían ser determinantes en la comprensión de lo dictaminado por un profesional de la salud. Estos obstáculos mentales que intervienen en el proceso de afectación del proceso comunicativo son: *la generalización, la eliminación y la distorsión*.

Se entiende la generalización como una regla o principio que gobierna situaciones relacionadas. El Diccionario de lengua española de la Real Academia Española, en su edición 23, versión electrónica, define generalizar en su tercera acepción como: “3. tr. *Abstraer lo que es común y esencial a muchas cosas, para formar un concepto general que las comprenda a todas*” (p. 3066).

La generalización es una estrategia que los sujetos utilizan para formar sus pensamientos y tratar de comprender el mundo que lo rodea. Este proceso es necesario en la supervivencia de la especie humana ya que se relaciona con la capacidad de inferir deductivamente las consecuencias de los acontecimientos. Esta estructuración del pensamiento pretende evitar resultados repetidos ocasionados por experiencias anteriores.

En palabras de los neurolingüistas Bandler y Grindler (1975), un ejemplo claro de generalización sería:

*Supongamos que las primeras veces que un niño está cerca de una mecedora se sube a ella, se echa para atrás y se cae. Podrá llegar a formarse su propia norma de que las mecedoras son inestables y no querer subirse otra vez a ellas. Si el modelo del mundo de este niño clasifica las mecedoras con las sillas en general, entonces todas las sillas caen dentro de la regla: “No te apoyes en el respaldo”. Otro niño que distingue las sillas mecedoras de otros tipos de sillas tiene más posibilidades alternativas de conducta. De su experiencia desarrolla una nueva regla o generalización para utilizarla únicamente respecto de las mecedoras* (p. 31).

En el ámbito de las ciencias de la salud, específicamente en la relación del profesional con el paciente, podría considerarse que este último por alguna razón social en algún momento de su vida asociara la expresión de sus sentimientos con un motivo de burla, señalamiento o persecución social, entonces en su comunicación con el profesional, de una manera inconsciente

decide esconder o no hablar sobre lo que esté relacionado con sus emociones o temores y eso esté afectando su proceso terapéutico de manera sustancial. Por esa razón, se considera fundamental un enfoque que capacite al estudiante en ciencias de la salud en su pericia deductiva, y que esto le permita interpretar si el paciente presenta un problema comunicativo producto de la generalización de acontecimientos.

El segundo proceso llamado eliminación hace referencia a la capacidad del ser humano de prestar atención selectiva a ciertas dimensiones de la mente y eliminar otras que no considera valiosas para la estructuración de su realidad. A veces las personas no ven los fenómenos aunque parezcan evidentes para otros sujetos. Por ejemplo, un paciente es incapaz de escuchar un diagnóstico positivo por su tendencia a rescatar lo negativo de las interacciones con otros. Un paciente podría eliminar la mayoría de lo comunicado por un profesional por un proceso natural de eliminación inconsciente y recordar solo cierto aspecto que llamó más su atención, aunque no precisamente sea el aspecto recordado el que motive su sanación. Desde la Programación Neurolingüística, Bandler y Grinder explican (1975): “*La eliminación reduce el mundo a dimensiones en que nos sentimos capaces de manejarlo y puede ser útil en ciertos contextos, y en otros, sin embargo, ser origen de sufrimiento*” (p. 32).

La distorsión es el proceso mental que permite modificar nuestras experiencias sensoriales y ajustarlas a conveniencia por medio de un proceso inconsciente o fantasear con la expectativa de un evento que todavía no sucede distorsionan lo eventos para que calcen dentro de nuestras generalizaciones y no sean abrumadoras, amenazantes o desconocidas.

Este análisis de variables que puede afectar el proceso comunicativo se fundamenta en la necesidad de mejorar las destrezas del profesional de la salud en cuanto a la escucha e interpretación de lo expresado y entendido por el paciente con el objetivo de accionar la fase terapéutica o sanación desde etapas tempranas como la entrevista preliminar en la primera cita.

Otro escenario de análisis de la comunicación en el entorno de las ciencias de la salud, refiere a los niveles que gobiernan la mente del paciente y se evidencian en el discurso en hora de consulta con el profesional, desde los cuales, tanto profesionales como pacientes expresan sus opiniones. A esto, se refiere Robert Dilts (1990) en su propuesta terapéutica según los niveles neurológicos, a partir de la propuesta de los niveles lógicos de Batenson (1972).





**GRÁFICO #1. NIVELES NEUROLÓGICOS. DILTS, R. (1990).**

En la interacción comunicativa, estos niveles neurológicos están presentes en cada valoración que los pacientes realizan en el momento que reciben información del entorno y desde el cual, se identifican y se expresan las creencias, desde el nivel neurológico en donde se alojan. Cada vez que una opinión subjetiva se hace manifiesta, se hace desde alguno de estos niveles; por lo que esta información tiene mucha validez para el profesional al venir de una persona que expresa, de forma inconsciente, enunciados relacionados con su condición, enfermedad o sintomatología, pues estará exteriorizando si la situación de salud que está viviendo la percibe incorporada a su ser, a sus valores o creencias, aptitudes, conductas o es una consecuencia del entorno sobre su cuerpo.

Un caso claro se da cuando el paciente con un problema de aumento de peso comenta al profesional que a pesar de los muchos intentos que ha realizado para disminuir de peso: "... La tentación es muy fuerte y soy incapaz de resistirme". Nótese claramente, que la persona expresa su situación desde dos niveles neurológicos simultáneamente:

**1. La tentación es muy fuerte: Una situación que se ubica fuera**

*de la persona, por tanto, en el entorno. La interpretación que hace el paciente es que al ser un estímulo que viene de afuera no tiene control sobre él.*

**2. Soy incapaz de resistirme: El paciente al referir incapacidad, está haciendo referencia a sus aptitudes para controlar el deseo.**

Una vez que el profesional percibe e identifica desde cuál nivel neurológico está manifestando el paciente su situación, se facilita la comprensión y la identificación de las oportunidades de solución que tiene la persona que expresa su creencia para modificarla. Dilts (1990) plantea que su abordaje debe orientarse al nivel inmediatamente superior e identificar los recursos que desde ahí tiene la persona para enfrentar la situación.

Existen modelos de intervención sobre esas creencias, que puede utilizar el profesional desde la interacción comunicativa, de manera que al tener conciencia el paciente de esta situación, se dé cuenta desde dónde está elaborando su lenguaje y logre racionalizar que la creencia está en estructura de pensamiento y no necesariamente en su capacidad o en el entorno.

En conclusión, lo ideal, entonces, sería que el profesional tenga en cuenta que estos aspectos que imposibilitan una comunicación ideal pueden afectar el entendimiento a la hora de entablar sus procesos comunicativos con el paciente. Debe promoverse desde el espacio de formación profesional la capacidad de escucha asertiva, y no tanto la capacidad explicativa a nivel fisiológico y anatómico, como ha sido la tradición en el campo de la salud.

En el discurso del paciente se encuentran elementos clave, que manejados de una forma adecuada, pueden promover la curación. El experto debe tener la capacidad de leer entre líneas los picos emocionales que estén afectando la comunicación ideal con el paciente y suponer que estos patrones influyen en la forma cómo el paciente va a tender a interpretar lo

## REFERENCIAS

- 1: (<https://aeon.co/essays/is-the-study-of-language-a-science>)
- Bandler, R., Grinder, J. (1975/2007). La estructura de la magia I. Terapia y lenguaje. 12 ed. (Olivos, E., tr.) Chile: Cuatro vientos.
- Batenson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind: Collected essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution and Epistemology. Chicago: University of Chicago Press.
- Chomsky, N. (1957/2004). Estructuras sintácticas. 8 ed. México: Siglo XXI.
- Deutscher, G. (2010). Does your language shape how you think. New York: Times.
- Dilts, R. (1990). Changing Belief Systems with NLP. California: Meta publications.
- León Gómez, J. (1983). The Savrns. Algunas ideas de Aristóteles sobre el lenguaje. Boletín del Instituto Caro y Cuervo. 37, (3), p. 1. Recuperado de: [https://cvc.cervantes.es/lengua/thesaurus/pdf/38/TH\\_38\\_003\\_013\\_0.pdf](https://cvc.cervantes.es/lengua/thesaurus/pdf/38/TH_38_003_013_0.pdf) [Consulta: 30/08/2017].
- Okrent. (2016). Is linguistics a science? Aeon's Newsletter. Recuperado de: [https://cvc.cervantes.es/lengua/thesaurus/pdf/38/TH\\_38\\_003\\_013\\_0.pdf](https://cvc.cervantes.es/lengua/thesaurus/pdf/38/TH_38_003_013_0.pdf) [Consulta: 30/08/2017].
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de lengua española. 23 ed. Versión electrónica. Recuperado de: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36422894/Diccionario\\_de\\_la\\_Lengua\\_Espanola.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1502668243&Signature=%2FB2yLMWelmuvgljqFiuSctBVRzY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDiccionario\\_de\\_la\\_Lengua\\_Espanola.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36422894/Diccionario_de_la_Lengua_Espanola.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1502668243&Signature=%2FB2yLMWelmuvgljqFiuSctBVRzY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDiccionario_de_la_Lengua_Espanola.pdf) [Consulta: 12/08/2017].
- Tema Tamayo, Hernández Orozco. (2005). La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado S.A.

